

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

523
No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1901, à 1 heure

Par PHILIPPET (GUSTAVE)

Né à Maisoncelle-Tuilerie (Oise)

Ancien externe des hôpitaux et de l'hospice des Enfants-Assistés.

OSTÉOPATHIES BLENNORRAGIQUES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

SCHWARTZ, }
ACHARD, } *agrégés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 11 juillet 1901, à 1 heure

Par PHILIPPET (GUSTAVE)

Né à Maisoncelle-Tuilerie (Oise)

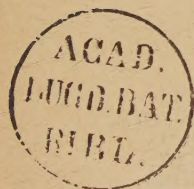
Ancien externe des hôpitaux et de l'hospice des Enfants-Assistés.

OSTÉOPATHIES BLENNORRAGIQUES

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : MM. DIEULAFOY, professeur.

SCHWARTZ, { agrégés.
ACHARD, }



PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen M. BROUARDEL
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHTER.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	R. BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N....
	CHANTEMESSE.
	JACCOUD.
Clinique médicale.....	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux.....	RAYMOND
	TERRIER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	BUDIN.
Clinique gynécologique.....	PINARD
Clinique chirurgicale infantile.....	POZZI
	KIRMISSON

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
BROCA (André).	HEIM.	REMY.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	
DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.	

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
MÉDECIN DE L'HOSPICE DES ENFANTS-ASSISTÉS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

C'est aujourd'hui un fait bien connu, que la blennorragie, quel qu'en soit le siège, peut faire naître du côté des articulations et de certaines membranes séreuses (gaines tendineuses, bourses séreuses) une fluxion analogue à celle que provoque le rhumatisme. Ces lésions d'abord signalées par Ricord, Cullerier, ont été plus longuement étudiées par Rollet, Langlebert, Fournier, Mauriac, Diday neveu, etc.

Ainsi, au point de vue des localisations sur les synoviales articulaires et tendineuses, il existe une grande analogie entre le rhumatisme proprement dit et le rhumatisme infectieux blennorragique. Longtemps même, cette analogie prêta à la confusion et fit considérer, par nombre d'auteurs, le blenno-rhumatisme comme une variété de rhumatisme éveillé par l'infection gonococcique.

Il fallut la célèbre discussion de 1866 à laquelle prirent part Peter, Féréol, Fournier, Lorain, Hervieux, etc., pour établir la distinction entre ces deux affections.

Aujourd'hui, on admet donc généralement que ce sont là deux choses bien distinctes, le rhumatisme blennorragique différant du rhumatisme articulaire aigu par ses origines et son évolution.

Cette distinction s'impose encore davantage, si l'on

étudie les accidents osseux et périostés, longtemps méconnus, décrits par quelques auteurs seulement, et sur lesquels nous nous proposons d'attirer l'attention.

En effet, parmi les manifestations du blenno-rhumatisme, celles qui intéressent le squelette osseux proprement dit, nous voulons parler des déterminations ostéo-périostées, plus rares, il est vrai, que les synovites articulaires et tendineuses, ont moins souvent excité la sagacité des cliniciens.

Il est juste, pourtant, de rappeler, que déjà en 1869, le professeur Fournier, donnait, de ces lésions, une description d'emblée précise, à laquelle il faut en convenir, avec Guiard, on n'a que peu ajouté depuis.

Dans ces dernières années, quelques auteurs ont de nouveau attiré l'attention sur les ostéo-périostites blennorragiques.

Aussi nous a-t-il paru intéressant de rassembler ces diverses observations, et de donner sur la question un modeste travail d'ensemble.

Mais avant d'entrer en matière, et à la veille de terminer nos études médicales, nous tenons à exprimer notre reconnaissance aux maîtres qui nous ont dirigé, durant le cours de ces études médicales.

Notre excellent Maître, M. Claisse, dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe pendant un an, à Laënnec, a bien voulu nous inspirer le choix de ce travail. Qu'il nous permette de lui dire tout spécialement combien nous le remercions pour la bienveillance qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant nos trois dernières années.

M. le professeur Hutinel, à qui nous devons d'avoir

pu étudier les maladies des enfants, alors que nous étions son externe à l'hospice des Enfants-Assistés a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions vivement.

Successivement l'élève de MM. Polaillon, Gaucher, Huchard dont nous avons admiré l'enseignement humoristique, Faisans, Reclus, Tissier et Bar, nous emportons, de ces différents maîtres, un souvenir impérissable.

Nous remercions enfin et de tout cœur, nos bons amis, Guyot et Dupuy, externes des hôpitaux qui ont apporté à nos recherches leur précieux concours.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu historique.

« Cette variété d'accidents blennorrhagiques est encore mal connue, je pourrais même dire qu'elle est restée presque complètement inconnue jusqu'à ce jour.

Elle est cependant assez fréquente, je l'ai rencontrée pour le moins sur une douzaine de mes malades.

Si les lésions que je vais décrire n'ont pas encore été signalées sous le nom que je leur assigne, ce n'est pas à coup sûr qu'elles n'aient été déjà observées, c'est plus vraisemblablement qu'on les a prises pour ce qu'elles n'étaient pas, et qu'on les a confondues avec d'autres manifestations du rhumatisme blennorrhagique. »

Ainsi s'exprimait, en 1869, le professeur Fournier en donnant, pour la première fois, une description remarquable des périostites et des périostoses.

Durant de longues années, il faut en convenir, les auteurs n'ajoutèrent que fort peu à cette description du professeur de Saint-Louis.

Mauriac, en 1883, dans ses *Leçons sur les maladies vénériennes*, se contentait de signaler que « le catarrhe spécifique de l'urèthre pouvait, dans quelques cas, produire des *tuméfactions du périoste des gonflements osseux* ».

Ozenne, en 1891, attirait l'attention sur les accidents

ostéopériostés qu'il venait de constater chez un malade à la suite d'une blennorragie.

En 1892, Jacquet reprenait, à propos de la talalgie, l'opinion du professeur Fournier. De ses recherches, il croyait pouvoir conclure que, le plus souvent, la talalgie est due soit au rhumatisme ostéo-fibreux calcanéen, soit à l'ostéite.

« Je n'ai point vu, disait-il, cette ostéite calcanéenne mentionnée dans la littérature médicale, et pourtant elle ne paraît pas être absolument exceptionnelle, puisque sur douze malades, je l'ai notée deux fois. »

Plus récemment, cet auteur, revenant sur la nature de la talalgie, apportait, à l'appui des hypothèses, qu'il avait émises quelques années auparavant, une preuve irréfutable, l'examen nécropsique. Il avait ainsi pu vérifier, après la mort, le diagnostic fait, *in vivo*, de calcanéite ossifiante double d'origine blennorragique.

Presque en même temps, Achard, publiant l'observation d'un malade atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorragique, faisait remarquer que les os et le périoste étaient altérés chez ce malade ; l'exploration clinique et surtout la radiographie, lui en avaient fourni la preuve (obs. V).

Claisse, dans une observation « ostéopathies blennorragiques », attirait à nouveau l'attention sur les altérations osseuses, à localisations spéciales, que présentait une jeune fille atteinte de blennorragie.

Launois, relatant l'histoire d'un malade ayant eu des écoulements gonococciques répétés, signalait « au niveau du coude droit une tuméfaction diffuse due en partie à l'é-

paississement du tissu fibreux et à l'hypertrophie de l'extrémité inférieure de l'humerus ».

Enfin, il y a quelques mois à peine, Hirtz et son interne Delamare, rapportaient l'intéressante observation d'une jeune femme atteinte, à la suite d'une blennorrhagie, d'une ostéopériostite diaphysaire du fémur, qu'ils purent suivre assez longtemps.

CHAPITRE II

Étude clinique.

Les ostéopathies blennorragiques, que nous nous proposons d'étudier dans le cours de ce travail, revêtent deux formes différentes :

1° L'une, la *forme aiguë* correspondant à la périostite ou simple fluxion inflammatoire du périoste du Professeur Fournier et au premier degré du blenno-rhumatisme ostéofibreux de Jacquet.

Dans quelques cas, suivant la juste remarque de ce dernier auteur, la périostite pouvant se compliquer d'un léger degré d'ostéite ou même d'un commencement de travail d'ossification encore inappréciable, nous désignerons cette première variété d'accidents sous le nom *d'ostéo-périostite aiguë*.

2° L'autre, la *forme chronique*, correspondant à la périostose de Fournier, à l'ostéite hyperostosante de Jacquet et que nous appellerons, avec Hirtz, l'*ostéopériostose hypertrophiante*.

Ces deux types d'ostéopathies différant par leur symptomatologie, leur évolution et leur pronostic, nous les étudierons séparément.

§ 1^{er}. — **Forme aiguë des ostéopathies blennorragiques. — Ostéo-périostite aiguë.**

1° Siège. — Ces accidents se localisent surtout aux points proéminents du squelette, au tibia par exemple, dans une étendue de 3 ou 4 centimètres au-dessous du ligament rotulien, ou au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne; au niveau de l'épitrachée, à l'extrémité inférieure du cubitus, c'est-à-dire dans les points où cet os est sous-cutané; sur la tête du péroné, au grand trochanter, aux extrémités des métacarpiens ou des métatarsiens, sur la face postérieure du grand os, enfin et surtout sur les faces postérieure et inférieure du calcaneum. Il n'est point rare, d'ailleurs, de rencontrer plusieurs de ces manifestations sur le même sujet.

Le professeur Fournier cite un malade (Obs. IX) qui présentait, en différents points du corps, cinq plaques de périostite.

2° Symptômes. — Ici, à l'inverse de ce que nous verrons pour la forme chronique, les signes fonctionnels ont comme éléments de diagnostic une valeur beaucoup plus grande que les signes physiques.

En effet, il arrive assez souvent que dans le cours d'un blenno-rhumatisme, on observe, les phénomènes suivants :

Une douleur est accusée par le malade en un point circonscrit, répondant à un os. Si l'on explore, on reconnaît

que réellement une souffrance *très vive* est provoquée en ce point par la pression et cela sur une étendue généralement assez restreinte, sur une surface égale par exemple à une pièce de un ou de deux francs.

En dehors et au voisinage de cette petite surface, la pression ne détermine plus aucune sensation douloureuse.

De même, si la lésion siège en un point de l'appareil locomoteur, au calcaneum par exemple, la douleur, parfois sourde ou même nulle à l'état de repos, est vivement éveillée par la marche.

Ainsi, la *douleur* présentant une *circonscription aussi nette aussi tranchée possible*, douleur sourde ou même nulle au repos, mais *très vivement excitée par la pression* ou la marche, voilà le symptôme capital, parfois unique, de cette variété d'ostéopathies blennorragiques.

Dans la talalgie sans déformation par exemple, que nous prendrons comme type, la douleur réveillée par la pression ou par la marche existe en deux points maxima :

- a) A l'attache calcanéenne du tendon d'Achille ;
- b) Sous le talon, au niveau des tubérosités calcanéennes.

En parcourant l'observation IX empruntée à Fournier, on pourra voir que les deux talons étaient très sensibles à *une pression même très légère* exercée sur leur face inférieure, mais en tout autre point, latéralement ou en arrière ils ne présentaient aucune sensibilité morbide.

Dans la même observation, ce fut encore grâce à la douleur très vive à la pression et circonscrite que l'on put dépister la périostite de l'épitrochlée de la tête du cubitus et du bord postérieur de l'épine de l'omoplate.

Dans l'observation X la douleur, très vive à la pression

dans une étendue circonscrite (2 à 3 cent. en hauteur), fut le seul symptôme qui permit de porter le diagnostic de périostite. Il n'y avait aucun signe physique, ni coloration morbide des téguments, ni tuméfaction.

En effet, au niveau même où existe la douleur, on peut percevoir, mais non pas constamment, un certain empâtement des tissus formant une saillie légère.

Dans quelques cas même, ce n'est pas seulement une légère saillie que l'on constate, mais une véritable tuméfaction disparaissant en quelques jours, témoin le cas relaté par Ozenne et que nous rapportons dans l'observation VII.

Plus rarement enfin, les téguments présentent en ce point, un faible degré de suffusion rosée.

En résumé, la forme aiguë des ostéopathies blennorragiques s'accompagne *toujours* de *douleurs* revêtant les caractères spéciaux que nous avons énumérés, et c'est là l'élément principal du diagnostic, parfois d'une saillie plus moins prononcée, rarement de rougeur des téguments.

3° **Évolution.** — **Durée.** — En règle générale, les ostéopériostites aiguës évoluent rapidement.

Débutant vers la 3^e ou la 4^e semaine de la blennorragie (toutefois les exceptions sont loin d'être rares, elles durent environ de un à deux septenaires.

Au bout de ce laps de temps, les phénomènes douloureux et le léger engorgement des tissus s'amendent, puis la résolution complète s'opère ; il n'y a aucune tendance à la suppuration.

En d'autres cas, au contraire, mais bien plus rarement, la tuméfaction persiste et s'accroît ; il paraît se produire, sur l'os, un dépôt plastique qui finit par former un soulè-

vement plus ou moins volumineux et une véritable périostose se trouve constituée.

Enfin, les malades qui, une première fois, sont affectés de ces accidents, sont prédisposés aux récides, à de nouvelles atteintes, quand ils viennent à être réinfectés plus tard.

Le professeur Fournier a eu l'occasion d'observer sur le même sujet, trois poussées de périostite au cours de trois blennorrhagies successives.

4° Diagnostic. — Il est généralement facile. Encore faut-il songer à sa possibilité et prendre la peine de soumettre à un examen local et attentif tout sujet, se plaignant d'une douleur quelconque, au cours de la blennorrhagie.

Une exploration sommaire et peu méthodique pourrait facilement faire admettre une de ces formes plus ou moins vagues de rhumatisme musculaire ou même articulaire, surtout lorsque la douleur accusée par le malade n'est point rapportée à son véritable siège.

Fournier met en garde contre les difficultés du diagnostic, dans certains cas à localisations assez rares, telles que l'épine de l'omoplate, par exemple, les apophyses épineuses, et insiste sur la valeur symptomatique de la douleur nettement circonscrite à la pression.

« Les malades racontent, dit-il, qu'ils souffrent de l'épaule, et l'on pourrait croire, à un examen superficiel, que la jointure est affectée, alors que le siège réel de la douleur est tout différent.

Si l'on procède, en effet, à une exploration minutieuse en ayant soin de *circonscrire avec les doigts les foyers dou-*

loureux, on reconnaît sans peine que la lésion réside uniquement sur une portion plus ou moins limitée de l'un des bords de l'omoplate, ou du bord postérieur de l'épine du même os. »

5° **Pronostic.** — Le pronostic des ostéo-périostites aiguës est généralement bénin.

Mis au repos et bien soigné, le malade guérit la plupart du temps.

Au contraire, s'il néglige de se soigner, il peut aboutir à l'ostéopériostose hypertrophiante, lésion beaucoup plus grave, parfois irrémédiable.

§ 2. — Forme chronique des ostéopathies blennorragiques. — Ostéopériostose hypertrophiante.

1° **Siège.** — Ici, les déterminations ostéo-périostées, n'ont plus, comme dans la forme précédente, pour siège à peu près exclusif, les épiphyses et surtout les petits os de la main et du pied.

Ces dernières localisations, sont évidemment, de beaucoup les plus fréquentes, mais l'ostéo-périostose *diaphysaire* des os longs s'observe aussi, quoique assez rarement, il faut en convenir.

2° **Symptômes.** — Dans l'ostéopériostose hypertrophiante ainsi que nous l'avons déjà signalé, les signes objectifs deviennent l'élément principal du diagnostic, les signes fonctionnels sont relégués au deuxième plan, encore n'existent-ils point toujours.

Dans quelques cas chez un blennorragique dont la maladie a été abandonnée à elle-même ou à la suite d'infections gonococciques répétées on voit apparaître, à la surface d'un os, une véritable tumeur, paraissant avoir son origine dans la trame même du périoste ou de l'os.

Cette tumeur aplatie, étalée, immobile, adhérente à l'os donne au palper une sensation de résistance indiquant bien une néoformation osseuse, et non pas seulement un empatement péri-osseux par inflammation des parties molles.

Généralement peu volumineuse, elle est susceptible de prendre parfois un développement assez considérable.

Le symptôme douleur est fort variable et inconstant. Ordinairement douloureuse à son début (mais ce n'est point une règle absolue) la tuméfaction devient de moins en moins sensible et finit même dans l'indolence à peu près complète.

Ici pourtant nous devons ouvrir une parenthèse pour la talalgie avec hyperostose.

Il n'est point rare, ainsi que l'a dit Jacquet, de voir la douleur persister atroce des mois, des années même, à chaque essai de marche, et constituer une véritable infirmité, les malheureux qui en sont atteints, étant réduits à l'impotence fonctionnelle.

La peau paraît généralement saine, rarement on l'a vue altérée ; chez quelques malades, au début tout au moins, elle était rouge et enflammée.

Comme type le plus fréquent et en même temps le plus classique de cette variété de lésions, nous ne saurions mieux faire que de citer la talalgie avec hyperostose ou calcanéite ossifiante de Jacquet.

« Fort souvent, dit cet auteur, le talon est gonflé en masse, il est plus gros et plus haut, il y a accroissement dans le sens longitudinal et dans le sens transversal, cela grâce à l'hyperostose évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille, des faces latérales, et des tubérosités. »

Citons encore la forme noueuse du blenno-rhumatisme, décrite par Fournier et Erasmo do Amaral (in thèse, 1891) sous le nom de polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse.

Cette maladie consiste en une tuméfaction péri-articulaire, atteignant surtout les extrémités des phalanges ou des métacarpiens, ou bien le gros orteil.

Rarement primitives, ces lésions sont ordinairement consécutives à des attaques multiples, ayant d'abord porté sur les grandes jointures.

Si l'on examine la région malade, on constate au toucher un empâtement diffus qui donne la sensation d'une tumeur, dure comme une simple hyperostose, lisse, sans les inégalités et les reliefs particuliers des concrétions tophacées.

Au niveau de cette tuméfaction qui siège seulement du côté de l'extension et des faces latérales, nullement du côté de la flexion, il n'existe ni œdème, ni rougeur des téguments.

Légèrement douloureuse à son apparition, elle devient ensuite tout à fait indolore, sauf à la pression.

La maladie rapidement constituée, reste longtemps stationnaire ; puis elle s'atténue et peut même disparaître.

Ne retrouve-t-on point là, en entier, les symptômes que nous avons décrits à l'ostéo-périostose hypertrophiante ?

Peut-être est-il bon de signaler un caractère particulier de cette affection. Lorsque la lésion porte sur la jointure de la 1^{re} avec la 2^e phalange, il en résulte une déformation caractéristique du doigt qui devient fusiforme.

C'est le doigt *en radis* du professeur Fournier.

Il se voit surtout à l'annulaire et à l'index.

Cette déformation est pathognomonique de la blennorragie, car si l'on voit des dactylites analogues dans la maladie de Haygarth, elles occupent *tous les doigts des deux mains*, tandis que, dans la blennorragie, il n'y en a qu'un, deux, trois au plus qui soient atteints.

Mais, quelle est la nature des lésions de la polyarthrite

progressive pseudo-noueuse ? La tuméfaction péri-articulaire est considérée par nombre d'auteurs, comme résultant d'une *légère hypertrophie osseuse*, et surtout d'une hyperplasie du tissu fibreux périphérique, constituant des nodosités, des calus analogues à ceux du rhumatisme déformant.

Toutefois, peut-être s'agit-il, plus souvent qu'on ne le croit, de *lésions surtout osseuses*. Cette opinion s'appuie sur une communication de M. Achard, à la *Société médicale des hôpitaux*, 1896 (Obs. V).

Chez un malade atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorragique, M. Achard a pu constater, au moyen des rayons Röntgen, que les lésions ne portaient pas seulement sur les articulations et les tissus fibreux périphériques, mais aussi *sur les os* et le *périoste*. Bien que la palpation ne permit de rien sentir, une végétation ostéophytique, décélée, sous forme de tache sombre, par la radiographie sur le côté externe du 1^{er} métatarsien, rendait compte d'un point douloureux très limité, à la partie antérieure du 1^{er} espace interosseux.

Jusqu'à présent nous n'avons eu en vue, dans l'étude de l'ostéo-périostose hypertrophiante, que la variété la plus fréquente, c'est-à-dire, les déterminations épiphysaires et celles qui siègent sur les os de la main et du pied. Mais ainsi que nous le faisons remarquer au début de ce chapitre, ce n'est point la seule forme qu'il importe de connaître. L'ostéo-périostite chronique *diaphysaire des os longs*, plus rare, il est vrai, que les précédentes, mérite une mention spéciale.

Déjà en 1896, M. Achard rapportait en quelques mots

l'observation d'une jeune femme qui, à la suite d'une arthropathie blennorragique, avait conservé une hyperostose générale du fémur, facile à constater en raison de l'atrophie du triceps. A ce propos, il faisait remarquer, le premier, que la variété déformante n'est pas la seule forme du rhumatisme blennorragique, qui s'accompagne de lésions *intéressant non seulement les articulations, mais aussi les os*.

Plus récemment, M. Hirtz attirait à nouveau l'attention sur la variété diaphysaire de l'ostéopériostose hypertrophiante.

Par bien des points la malade, dont on retrouvera l'histoire à l'observation VIII empruntée à M. Hirtz, rappelle celle de M. Achard.

Dans les deux cas, il s'agit d'une *hypertrophie* de la *diaphyse fémorale*, consécutive à un rhumatisme blennorragique non déformant.

Cette hypertrophie constituait une tuméfaction indolore, très dure, faisant corps avec l'os, et s'accompagnant de troubles trophiques, tels que, extrême atrophie des muscles de la cuisse, et hypertrophie de tout le système pileux sur le membre malade.

Telle est l'histoire clinique de la forme chronique des ostéopathies blennorragiques.

3° **Diagnostic.** — Il est assez facile, pourvu que l'on songe à la blennorragie. Cependant, l'ostéopériostose hypertrophiante blennorragique peut évoquer l'idée d'un accident de syphilis ignorée.

On sait que, dès 1869, Fournier signalait l'analogie de certaines périostoses syphilitiques et blennorragiques.

Il existe, toutefois, un signe différentiel, permettant, le plus souvent, de les distinguer l'une de l'autre. *C'est la douleur.*

L'ostéo-périostose blennorragique est en règle générale, nous l'avons dit, complètement indolore ; les périostoses et les exostoses syphilitiques s'accompagnent, au contraire, de douleurs caractéristiques dites ostéocopes.

De plus, un examen minutieux du malade permet, *fort souvent*, si la spécificité existe, de retrouver un stigmate appréciable de syphilis acquise ou héréditaire.

Enfin, dernière ressource, si l'on conserve quelque doute, le traitement antisypilitique servira de pierre de touche.

4° Evolution. — Durée. — Une fois développée, l'ostéo-périostose hypertrophiante a une marche essentiellement chronique.

Elle peut persister plusieurs mois, plusieurs années même, sans modification en dépit de tous les traitements.

Le P^r Fournier l'a presque toujours vu finir par la résolution ; d'autres auteurs déclarent que la lésion peut diminuer, mais non disparaître totalement.

5° Pronostic. — Il est grave, la maladie pouvant durer indéfiniment, et condamner, selon son siège, le sujet à une impotence fonctionnelle. De plus, comme dans la forme aiguë, la lésion peut reparaître avec une nouvelle blennorragie, si elle avait quelque peu rétrocedé.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

L'étude des lésions anatomiques et histologiques qui existent dans les ostéopathies blennorragiques est assez difficile, quel qu'en soit l'intérêt, vu la rareté des examens nécropsiques.

Cependant Jacquet, dans le service du professeur Debove, a pu vérifier, sur le cadavre, l'exactitude du diagnostic de « calcanéite ossifiante double » porté longtemps auparavant. Il a montré que le gonflement du talon tenait à l'hyperostose calcanéenne :

« Cette opinion, simplement probable alors, est devenue certaine, depuis que, chez un malade de mon maître Debove, le diagnostic de calcanéite ossifiante double, d'origine blennorragique, que j'avais fait pendant la vie, a été vérifié après la mort. Voici l'un des calcanéums de ce malade. Comparez-le à ces deux calcanéums normaux, il y a hyperostose évidente au niveau de l'attache du tendon d'Achille et de la facette lisse et cartilagineuse qui lui fait suite. On conçoit ainsi que l'extrémité inférieure du tendon soit à la fois renflée et refoulée en arrière de manière à constituer la saillie calcanéenne postéro-supérieure et le sillon qui la sépare de la partie postéro-inférieure de l'os, ou encoche achillo-calcanéenne. De plus,

il est non moins évident que *les faces latérales* surtout *l'externe*, sont *hyperostosées*, ce qui explique l'accroissement du talon dans le sens transversal ; enfin la tubérosité inféro-externe est, elle aussi, *anormalement développée* et la douleur sous-calcanéenne des talalgiques, trouve là, elle aussi, un substratum anatomique positif. »

Sans doute, on a discuté (1) l'hyperostose osseuse. Le principal argument invoqué contre celle-ci était le suivant : dans un cas, où l'examen physique paraissait révéler une hyperostose évidente, les rayons de Röntgen donnèrent un résultat négatif. Et cependant, on ne peut pas aller contre l'examen nécropsique de Jacquet.

D'ailleurs il est assez facile de s'expliquer la raison de cette contradiction ainsi que l'a démontré ce dernier auteur. Elle semble résulter de ce fait : le tissu osseux jeune n'est pas opaque pour les rayons X et par conséquent n'est pas perceptible par la radiographie. Il se comporte, à ce point de vue, comme le tissu fibreux, dont il est d'ailleurs biologiquement très voisin.

En effet, à la même séance, on rapporta l'observation d'un malade atteint de fracture de jambe, consolidée dans le délai habituel et qui marchait en s'appuyant parfaitement sur la jambe cassée. On radiographia le malade dont le cal était certainement constitué et pourtant ce cal n'apparut point sur le cliché. La fracture paraissait persister, les bouts supérieur et inférieur du tibia n'étaient pas unis l'un à l'autre, en apparence du moins.

Cette démonstration était des plus claires. Toutefois, à

(1) *Société de Dermatologie*, 1898 ; Communication d'EMERY.

côté de cas tels que celui que nous venons de relater où la radiographie donne un résultat négatif, parce qu'il s'agit de formations osseuses jeunes, il en est d'autres, heureusement, où les rayons X sont d'un précieux concours. Les résultats qu'ils donnent sont alors aussi incontestables que ceux fournis par l'autopsie. Nous en avons la preuve dans les observations V et VIII empruntées à MM. Achard et Hirtz. Dans l'une, alors que la vue et le toucher ne donnaient que des renseignements imparfaits sur l'état du squelette du pied, c'est-à-dire des parties les plus atteintes, la photographie, au moyen des rayons de Röntgen, révéla qu'il y avait là une altération osseuse. Elle fit voir, au point précis où siégeait la douleur, une tache sombre correspondant à l'ombre projetée d'une végétation arrondie ostéophytique qui s'attachait par un pédicule au premier métatarsien. De même que les déformations visibles à l'œil nu cette altération était symétrique comme le sont habituellement aussi la plupart des lésions du rhumatisme noueux.

Dans l'autre, les rayons X montrèrent la part qui revenait soit à l'os soit au périoste dans l'hypertrophie considérable de la diaphyse fémorale.

En résumé : l'examen nécropsique de Jacquet, l'emploi de la radiographie dans deux autres cas nous permettent de constater que : tantôt la lésion est surtout osseuse, presque uniquement osseuse, tantôt elle est surtout périostique telle l'observation VIII empruntée à Hirtz.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Nos notions sur la pathogénie des diverses manifestations du blenno-rhumatisme, sont incomplètes.

Il suffirait, pour le prouver, de ce fait que, jusqu'à présent, dans la recherche des micro-organismes, auxquels certains auteurs pensent pouvoir imputer ces lésions, la bactériologie n'a donné entre les mains des observateurs que des résultats absolument contradictoires.

Aussi restons-nous dans le domaine de l'hypothèse, surtout lorsqu'il s'agit de vouloir élucider la pathogénie des ostéopathies blennorragiques. Car, si les arthropathies, complications assez fréquentes de la blennorragie, ont, maintes fois, fourni aux cliniciens un substratum anatomique ou bactériologique, nécessaire pour essayer d'élucider la pathogénie, il n'en est point de même des ostéopathies, *complications rares* de la gonococcie, pour lesquelles aucun examen, tant histologique que bactériologique n'a été pratiqué. Aussi, nous a-t-il paru difficile de scinder, au point de vue pathogénique du moins, l'étude de ces deux sortes de lésions, arthropathies et ostéopathies blennorragiques.

Diverses opinions, toutes acceptables d'ailleurs, que nous allons passer en revue sommairement, furent émises, à l'effet d'expliquer les lésions du blenno-rhumatisme.

Loin de s'exclure réciproquement elles semblent, au contraire, se compléter et nous croyons pouvoir admettre avec Jacquet, disons-le de suite, que les manifestations blennorrhagiques n'ont pas une origine univoque.

La première de ces théories est celle de l'infection.

Actuellement, en effet, on tend de plus en plus, à considérer la blennorrhagie comme une maladie générale pouvant, au même titre que la variole, la fièvre typhoïde, porter son action sur les différentes parties de l'organisme.

Mais ici la discussion s'engage entre les partisans de l'infection.

Y a-t-il infection du sang par le microbe de Neisser lui-même, c'est-à-dire gonohémie avec production d'accidents à distance ou métastatiques, résultant du passage de l'agent pathogène dans la circulation générale ?

Ou bien y a-t-il infection du sang par d'autres microbes implantés à la suite du gonocoque et auxquels il ne ferait que frayer le chemin ; en d'autres termes, le microbe de Neisser, favorise-t-il le développement d'infections secondaires associées et surajoutées ? Enfin y a-t-il même invasion locale de microbes, ne sont-ce pas simplement les toxines qui sont en cause ?

L'accord est loin d'être fait sur ces différentes questions. On sait en effet que certains auteurs nient avoir jamais trouvé dans le sang ou dans les articulations le micro-organisme décrit par Neisser comme cause de la blennorrhagie. Il convient de citer les recherches négatives de Besnier, Erhlich et Vogt. MM. Guyon et Janet (1) affirment

(1) *Annales des maladies génito-urinaires*, 1888.

que le gonocoque n'existe pas dans le liquide du blennorhagmatisme. MM. Chantemesse et Netter ne l'y ont jamais rencontré. Au contraire, d'autres observateurs plus heureux ont vu leurs recherches couronnées de succès ; rappelons les noms de Kammerer (*Ueber gonorrhöische Gelenzentzündung*, 1881), Bousquet, Bockhardt.

Enfin quelques autres, Bumm par exemple, ont trouvé les pyogènes ordinaires. Aussi nous semble-t-il permis de croire, avec Guiard, que les ostéo-périostites blennorragiques, ainsi que les autres manifestations du blennorhagmatisme sont, au moins dans quelques cas, causées par la migration du gonocoque, son arrêt et sa pullulation soit dans l'os, soit dans le périoste, soit dans les articulations.

D'autres fois, les accidents dits métastatiques de la blennorragie sont la conséquence d'une infection mixte. L'urèthre est habité normalement par des microbes pyogènes. Tant que la muqueuse est saine, ceux-ci ne peuvent l'entamer, mais le gonocoque plus virulent viendra leur ouvrir la brèche. De plus, il semble que le gonocoque crée dans les organes une réceptivité spéciale pour les microbes d'infections secondaires ; ceux-ci peuvent se joindre à lui et même le supplanter ensuite pour prolonger ses effets ou en causer de différents. Il est alors permis de penser que la genèse des complications ostéo-périostées est due aux infections secondaires.

En effet, Bockhardt, ayant fait l'examen bactérioscopique du pus d'un abcès péri-urétral, survenu au cours d'une blennorragie, ne trouva point de gonocoques mais seulement du staphylocoque doré, pyogène. Ce fait l'a

déterminé à se rallier à l'opinion de Gerhardt suivant laquelle la blennorragie ne fait que frayer la voie à une autre infection. Cette théorie de l'origine infectieuse mixte para-blennorragique a d'ailleurs pour elle un grand nombre d'adeptes.

Toutefois, le nombre des constatations restées négatives à l'égard de toute espèce de microbes, malgré la rigueur et la multiplicité des recherches, est si considérable, qu'il serait véritablement illogique de n'en point tenir compte. On peut les expliquer en admettant que les déterminations articulaires et ostéo-périostées peuvent être causées, à défaut de gonocoque, par les produits solubles qu'il sécrète (Janet) et qui seraient résorbés par la muqueuse uréthrale.

Une deuxième doctrine qu'il importe de considérer, tend à reconnaître une origine névropathique aux manifestations du blenno-rhumatisme, aux déterminations ostéo-périostées, entre autres.

« Ces lésions, dit Jacquet, sont dues à un rhumatisme ostéo-fibreux analogue au rhumatisme chronique dont la nature nerveuse est encore si discutée de nos jours. »

En effet, certains auteurs, Jeanselme et Jacquet en particulier, frappés de la fréquence des troubles trophiques et des amyotrophies (Voir observations VI, XII, XIII), qui accompagnent les lésions osseuses et périostées, étudiées dans ce travail, veulent étendre au pseudo-rhumatisme chronique blennorragique la théorie nerveuse du rhumatisme tropho-névrotique.

Ils admettent l'origine sensitivo-réflexe des arthropathies et des déterminations ostéo-périostées, la blennorra-

gie ne jouant plus dans ces conditions que le rôle de cause prédisposante.

On sait en effet qu'il existe une théorie, née sous les auspices de Vulpian, adoptée par Lefort, Charcot, et Raymond dont les expériences à ce sujet sont fort intéressantes, théorie dans laquelle on admet une action nerveuse à distance exercée sur les centres trophiques de la moelle par l'irritation articulaire et péri-articulaire.

Les lésions constatées, l'hyperostose dans la talalgie par exemple, ou encore l'ostéopériostose hypertrophiante et l'amyotrophie qui coexistent si souvent, sont de nature réflexe, elles dépendent du retentissement de la lésion locale sur la moelle qui devient le siège d'altérations purement dynamiques.

Plusieurs raisons plaident d'ailleurs en faveur de cette théorie névropathique. Il existe d'abord, chez les sujets atteints de ces lésions, une prédisposition spéciale, une sorte de diathèse. Citons encore les paroles de Jacquet à propos de la talalgie avec ou sans hyperostose, que nous avons plusieurs fois prise comme type au cours de cette étude :

« Chez tous ceux que j'ai observés et étudiés d'une manière complète, des phénomènes nerveux variés accompagnent la talalgie, et le terrain organique était merveilleusement préparé pour l'éclosion de ce que j'étudierai sous le nom de forme *myélopathique* du blenno-rhumatisme. »

De plus, la clinique nous montre l'association fréquente, avec les lésions ostéo-périostées, de troubles trophiques cutanés, et névropathiques variés, douleurs sciatiques (observation XI), retour des accidents, sous l'influence d'une

fatigue nerveuse, chez des blennorragiques guéris : la bactériologie d'autre part nous fait constater l'absence de microbes, quels qu'ils soient, dans certains cas. Aussi semble-t-il assez légitime de songer à l'origine névropathique de ces accidents.

Enfin, rappelons que Jacquet a observé un malade *non blennorragique*, qui fut atteint d'une dothiésentérie grave, à multiples manifestations nerveuses, parmi lesquelles il convient de signaler une névrite du membre inférieur droit, et qui présentait d'autre part une *hyperostose* calcanéenne. N'est-ce point là une démonstration quelque peu probante de l'origine névropathique de cette hyperostose ?

Et cependant, de tout ce qui précède, est-il permis d'affirmer l'absolue nature nerveuse des ostéopathies blennorragiques ? Ne peut-on pas penser que les troubles nerveux soient, non pas antérieurs, mais secondaires aux déterminations ostéo-périostées ?

D'autre part, peut-on admettre que l'infection agit simultanément sur le périoste et sur la moelle, et qu'ainsi il y ait coïncidence de symptômes ?

Enfin, le gonocoque, s'il agit en nature, ou par ses toxines, ou par le développement d'infections secondaires, atteint-il les synoviales articulaires ou le périoste lui-même, ou bien les terminaisons nerveuses ou le centre médullaire ?

Ce sont là autant d'hypothèses que nous émettons sans pouvoir les résoudre. Nous manquons d'abord d'examen nécropsiques et histologiques ; de plus, la bactériologie, nous l'avons déjà dit, n'est pas encore suffisamment venue au secours de la clinique, pour que nous puissions trancher ces questions.

CHAPITRE V

Étiologie.

Le début des ostéopathies blennorragiques est fort variable. Rares au commencement de la chaudepisse, il semble qu'elles se déclarent surtout de la 3^e à la 5^e semaine, sans pourtant que cette règle ait rien d'absolu. La précocité de ces accidents par rapport au début de la blennorragie paraît s'accroître avec le nombre des attaques. On les observe surtout lorsque l'écoulement est prolongé ou à la suite de plusieurs blennorrhagies. Tous les âges sont susceptibles de manifestations ostéopériostées, mais tous n'étant pas également capables de gagner la blennorragie il en résulte que ces complications ne s'observent que chez l'adulte. Le sexe masculin était jadis censé jouir, pour contracter l'affection qui nous occupe, d'un fâcheux et exclusif privilège ; il n'en est rien. Deux de nos observations ont trait à des femmes ; il s'agit là seulement d'une question de plus grande fréquence.

Cette prédilection particulière pour l'homme se comprend facilement si l'on se rend compte des causes prédisposantes, telles que la fatigue, le surmenage, la profession. En effet, nous avons remarqué dans nos observations qu'il s'agissait le plus souvent de sujets astreints à la station debout prolongée.

Quant à l'influence de la diathèse rhumatismale, l'una-

nimité des auteurs pensent qu'elle est nulle ; les rhumatisants ne sont pas prédisposés plus que d'autres aux diverses manifestations du blenno-rhumatisme.

Peut-être n'en est-il pas ainsi de certaines causes d'affaiblissement telles que : l'alcoolisme, les excès vénériens, les tares héréditaires nerveuses, Jacquet ayant signalé chez tous les sujets qu'il a vus, nous l'avons déjà dit, un terrain d'éclosion spécial pour les accidents ostéo-périostés.

Enfin, lorsque les complications du rhumatisme blennorragique apparaissent chez un sujet jeune dont la croissance et l'ossification sont incomplètes, les lésions peuvent présenter une topographie spéciale et un développement plus considérable. Ainsi, dans l'observation IV, il est question d'une jeune fille présentant au niveau des cartilages costaux une série de nodosités formant un véritable « chapelet blennorragique » et des nouures très accusées à la jonction des diaphyses et des épiphyses tibiales ; il était permis de se demander, vu la petite taille du sujet et les déformations précitées, si le rachitisme n'avait pas été réveillé par le gonocoque.

En résumé, la profession, la fatigue, le surmenage, l'âge, les tares nerveuses, telles sont les principales causes qui nous semblent influencer sur le développement et la localisation des ostéopathies blennorragiques.

CHAPITRE VI

Traitement.

Il est bien entendu que le traitement comportera quelques indications variables avec la région du corps où siège la lésion.

Mais, outre ces indications spéciales, le traitement général peut être ainsi formulé dans ses grandes lignes :

1° Le traitement de l'écoulement s'impose, s'il persiste ; dans ce but, on recommandera les lavages au permanganate de potasse pratiqués suivant la méthode de Janet et les instillations au nitrate d'argent si efficaces pour tarir les écoulements chroniques et la goutte militaire.

2° Le repos est nécessaire au moins pendant quelque temps, surtout s'il s'agit d'une talalgie ; dans ce cas, il sera bon de faire cesser pendant plusieurs mois toute profession exigeant la station debout, et même de la faire quitter complètement, si c'est possible, afin d'éviter les rechutes.

3° La révulsion à la fois locale et générale est nécessaire ; *loco dolenti* on fera quelques pointes de feu ou bien on mettra quelques ventouses scarifiées ou même un vésicatoire volant. Ces moyens soulagent rapidement le malade et la guérison est ensuite facilement obtenue à l'aide de quelques badigeonnages à la teinture d'iode. Le long de la colonne vertébrale il sera bon de faire une révulsion énergique afin

qu'elle agisse sur la lésion nerveuse qui a engendré le blenno-rhumatisme ;

On peut encore pratiquer la révulsion soit locale, soit générale à l'aide des bains térébenthinés, selon la méthode de Balzer. Ces bains sont généraux ou locaux.

Généraux, ils sont indiqués dans le cas de lésions multiples ou éloignées, ou bien lorsque le bain local n'est pas applicable, vu le siège des ostéopériostistes, par exemple à la colonne vertébrale, à l'omoplate, etc.

Pour préparer un bain général, on ajoute à l'eau du bain 200 à 400 grammes du mélange suivant :

Emulsion aqueuse de savon noir. . . . 400 grammes.

Essence de térébenthine 100 »

(agiter avant de préparer le bain).

On peut aussi émulsionner la térébenthine avec la décoction concentrée de bois de Panama.

On devra toujours procéder graduellement, et tâter la susceptibilité de la peau du sujet pour l'essence de térébenthine.

Le bain général est donné à une haute température, à laquelle on habitue progressivement les malades. Il n'est point nécessaire de dépasser environ 40°. Il détermine une vive rougeur de la peau avec une cuisson qui est surtout accentuée à la peau des organes génitaux. Cet inconvénient est notablement atténué, si l'on a soin d'enduire de vaseline cette région cutanée.

L'amélioration se manifeste après chaque bain et elle devient souvent définitive après un petit nombre de bains.

D'autres fois, il faut les continuer longtemps, sans qu'ils présentent d'ailleurs le moindre inconvénient.

La durée du bain général est d'une demi-heure environ.

Les bains locaux s'emploient pour les ostéopathies qui se prêtent à ce traitement, celles du pied, la talalgie surtout, celles des poignets, des coudes, des mains, etc.

La température peut être portée progressivement très haut à 45 et à 50°.

Le dosage du mélange térébenthiné peut être également très fort, atteindre le double proportionnellement de ce qui est employé pour le bain général, en procédant graduellement toujours.

Leur durée est d'une demi-heure à une heure suivant la tolérance particulière de chaque sujet.

4° Le massage et l'hydrothérapie semblent également avoir donné de bons résultats.

Le traitement de la polyarthrite déformante pseudo-noueuse mérite une mention spéciale. Le point délicat est ici de décider à quel moment précis on pourra considérer la période aiguë comme suffisamment passée pour rompre une immobilité exposant justement à l'ankylose, et quand on pourra recourir au massage et à une gymnastique articulaire modérée sans risquer de provoquer une rechute aiguë.

C'est là une question de flair médical, si nous osons ainsi parler.

D'une façon générale ce moment sera venu quand les extrémités péri-articulaires ne seront plus sensibles sous la pression des doigts.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle).

A. G..., 28 ans, maçon, se présente en mars 1899 à la consultation de l'hôpital Laënnec pendant que nous avons l'honneur d'être l'externe de M. Claisse, pour une affection du pied droit qui l'empêche de marcher depuis plusieurs mois. Il a d'abord été examiné à la consultation de chirurgie d'où il nous a été adressé. Nous constatons une semi-ankylose de l'articulation tibio-tarsienne, reliquat d'une arthrite blennorragique. Les mouvements sont très limités mais nullement douloureux ; d'ailleurs le malade souffre seulement au niveau du calcanéum, ce qui l'empêche d'exercer sa profession ; à ce niveau nous constatons un *épaississement total de l'os*, très appréciable par comparaison avec le côté gauche : c'est le gonflement en masse signalé par Jacquet. La pression du doigt est assez douloureuse sur les faces latérales et surtout sur la face inférieure au niveau des tubérosités.

Le malade ne peut marcher que sur la pointe du pied.

Traitement : repos, bains de pieds de térébenthine et savon noir. Etat stationnaire pendant deux mois, puis amélioration et guérison.

OBSERVATION II (personnelle).

C. L..., 23 ans, commerçant. Se présente le 22 juin 1900 avec une arthrite du genou droit dont il reconnaît de suite l'origine blennorragique. L'affection date de trois jours. Les mouvements sont très douloureux, l'épanchement assez abondant distend non seulement la synoviale du genou, mais aussi celle de la patte d'oie. Le malade part en province pour se soigner dans sa famille. Il est

revu quatre mois après. L'arthrite a disparu ; il reste seulement une certaine raideur de l'articulation dont les mouvements ne dépassent pas l'angle droit. Mais il s'est développé sur la partie supéro-interne du tibia une *bosselure* assez volumineuse ayant environ trois centimètres de diamètre, sans limites précises, faisant une saillie appréciable à la vue et au toucher, adhérente à l'os, de consistance ferme, indolore.

Après examen général du sujet la syphilis et la tuberculose sont rejetées. On admet le diagnostic d'ostéo-périostite blennorragique.

Le sujet est revu un mois après. Etat stationnaire, malgré l'application du traitement.

OBSERVATION III (personnelle).

H. B..., 35 ans, garçon livreur.

21 avril 1899 : se plaint d'une douleur violente au niveau du talon. Interrogé sur ses antécédents, il se défend d'avoir contracté aucune maladie vénérienne ; pressé de questions il finit par reconnaître qu'il a, depuis environ trois semaines, un écoulement qui fut d'abord assez abondant et douloureux, mais qui s'est calmé sous l'influence d'injections de permanganate. Le sujet n'a pas uriné depuis environ deux heures ; nous constatons une légère tuméfaction du méat et la pression fait sourdre une goutte de liquide semi-purulent.

L'examen du talon ne révèle aucune lésion. La *pression* est *douloureuse* surtout aux attaches du tendon d'Achille.

La marche est possible mais très pénible.

Nous revoyons le sujet une semaine après. Malgré le traitement institué (bains de pied au savon et térébenthine), la douleur s'est accrue et la marche est devenue impossible.

OBSERVATION IV (P. CLAISSE, *Société médicale des hôpitaux*, 1897). — *Ostéopathies blennorragiques*.

Je présente une jeune fille de dix-neuf ans, qui, au cours d'une blennorragie, a eu des accidents osseux fort accentués avec une localisation très spéciale.

Au niveau des cartilages costaux, sont survenues des douleurs persistantes, fortement accrues par les mouvements brusques de la cage thoracique et surtout par la pression. On a vu là se développer une série de nodosités méritant vraiment le nom de chapelet blennorragique.

Actuellement les douleurs sont à peu près calmées, mais la déformation subsiste.

Des phénomènes analogues sont apparus à l'union de la diaphyse et de l'épiphyse supérieure des deux tibias.

L'infection a complètement respecté les synoviales tendineuses et articulaires.

Quelle est la nature de ces accidents ?

On peut évidemment se demander, en raison de la petite taille du sujet, et de la forme de sa cage thoracique, si ce n'est pas un réveil de rachitisme, survenant à l'occasion de l'infection gonococcique.

Mais comme, d'autre part, l'existence d'ostéo-périostites blennorragiques, a été démontrée par Fournier, Ozenne, Jacquet, etc., il semble tout naturel d'attribuer ces lésions à l'action directe de l'infection gonococcique.

La topographie spéciale des troubles osseux dans le cas présent est explicable par l'âge du sujet dont l'ossification n'est pas terminée.

OBSERVATION V (ACHARD, *Société médicale des hôpitaux*, 1896).—

Malade atteint de rhumatisme déformant d'origine blennorragique.

Th... (Désiré), âgé de cinquante ans, charpentier, entré le 5 juin 1896 à l'hôpital St-Antoine, salle Aran, n° 44.

En 1862, pendant la campagne du Mexique, cet homme contracta une première blennorragie pour laquelle il ne fit aucun traitement pendant environ onze mois. Au bout de ce temps il fut pris brusquement de vives douleurs dans la nuque et le long de la colonne vertébrale, puis le genou gauche se tuméfia et devint très douloureux, ensuite ce fut le tour du genou droit. Il eut aussi à

cette époque de la conjonctivite purulente et une orchite du côté droit. On immobilisa le genou gauche, le plus gravement atteint pendant trois mois environ dans un appareil plâtré. Tous ces accidents guérirent en six mois.

En 1890, le malade contracta une nouvelle blennorrhagie qu'il traita aussitôt par le santal. Au bout d'un mois il éprouva comme la première fois des douleurs vives à la nuque et à la région lombaire ainsi qu'à l'articulation sterno-claviculaire. Elles durèrent un jour et firent place à des douleurs dans le genou droit qui se tuméfia. Puis, successivement se développèrent des arthrites multiples du poignet droit, des articulations de la main droite, enfin du poignet gauche et des articulations de la main gauche. Quelques jours après survinrent une ophtalmie purulente et des douleurs vives des deux talons, enfin des douleurs vives et de la tuméfaction des articulations métatarso-phalangiennes des gros orteils.

Traité sept mois à l'hôpital St-Louis dans le service du professeur Fournier, le malade sortit en conservant des déformations des gros orteils.

En 1894, chancre induré, suivi de roséole.

A la fin d'avril 1896, nouvelle blennorrhagie, traitée immédiatement par le santal et les injections de sulfate de zinc.

Au bout d'un mois, l'écoulement étant à peu près tari, des douleurs survinrent dans le genou gauche et aux deux talons, rendant la marche impossible.

Examen du malade à son entrée à l'hôpital. — Aux membres supérieurs on constate que l'extrémité inférieure du cubitus droit offre un volume anormal et bien plus considérable qu'à gauche. Les articulations des doigts sont noueuses et élargies ; les mouvements de flexion des doigts auriculaires sont très limités.

Aux membres inférieurs, les deux genoux sont le siège de craquements d'arthrite sèche. La pression sous les deux talons est très douloureuse.

Au pied droit, l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est très tuméfiée ; le gros orteil est déjeté en dehors et coudé

presque à angle droit sur l'axe du premier métatarsien ; il passe au-dessus du deuxième orteil qu'il croise transversalement.

Au pied gauche, l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil est volumineuse, mais moins que du côté opposé. [Le gros orteil est rejeté un peu en dehors et en haut, formant avec le bord interne du pied un angle obtus. La pression exercée dans l'espace interosseux un peu en arrière de l'articulation métatarso-phalangienne, *provoque une vive douleur en un point très limité*, au niveau duquel on ne sent aucune tuméfaction.

Le malade fut soumis aux rayons X ; correspondant au point très douloureux à la pression, point très limité d'ailleurs et au niveau duquel le doigt ne percevait absolument rien, la radiographie révéla qu'il y avait une altération osseuse ; elle fit voir en ce point précis une tache sombre, correspondant à l'ombre projetée d'une végétation ostéophytique arrondie, qui s'attachait par un pédicule au premier métatarsien. De même que les déformations visibles à l'œil nu, cette altération est symétrique, comme le sont habituellement aussi la plupart des lésions du rhumatisme noueux. Ainsi, dans ce rhumatisme déformant blennorrhagique, comme dans le rhumatisme déformant ordinaire, on rencontre les lésions des os, du périoste, les ostéophytes.

OBSERVATION VI (résumée ; LAUNOIS, *Société médicale des hôpitaux*, 1899). — *Arthropathies récidivantes, amyotrophies généralisées, troubles trophiques multiples.*

Un malade, âgé de 40 ans, artiste dramatique, est amené à l'Hôpital Hérold.

La plupart de ses articulations sont le siège d'arthropathies déformantes ; ses membres atrophiés ne présentent plus aucun relief musculaire.

La cause de ces troubles si graves n'est autre que la blennorragie ainsi qu'en témoignent l'expression de l'urèthre qui fait sourdre quelques gouttes de muco-pus, et l'interrogatoire du malade. Ce malade, indemne jusqu'à 20 ans de toute maladie, a payé par

contre un large tribut à la blennorrhagie. A 20 ans, première chaudepisse avec orchite et cystite du col : guérison au bout de trois mois.

A trente ans, nouvelle pullulation gonococcique s'accompagnant d'arthrite du coude droit, du genou droit et des articulations du pied.

Soigné à l'Hôtel-Dieu annexe ; guérison complète au bout de trois mois.

A trente-deux ans, troisième blennorrhagie avec troubles articulaires du côté du métatarse, de l'articulation tibio-tarsienne et du genou gauche. Soigné dans le service du Dr Fournier, guérison complète au bout de cinq mois.

Six mois plus tard, nouvelle urétrite avec arthropathies dans les articulations primitivement atteintes, les jointures ne reprennent leur fonction qu'au bout de 7 mois.

En décembre 1898, nouvelle infection gonococcique avec arthropathies de l'articulation tibio-tarsienne des coudes, du poignet gauche, du genou droit.

Entre autres symptômes, M. le Dr Launois signale :

Au niveau du coude droit une *tuméfaction diffuse* due en partie à l'épaississement du tissu fibreux et à l'hypertrophie des extrémités inférieures de l'humérus et supérieure du cubitus. Des modifications analogues s'observent du côté du poignet gauche ; l'extrémité inférieure du cubitus est très saillante sous la peau.

Aux membres inférieurs les lésions présentent leur maximum d'intensité. Le genou droit est fortement augmenté de volume et la *déformation* semble due surtout à une *hypertrophie de l'extrémité inférieure du fémur* et à celle du *plateau tibial*. Il n'y a pas d'épaississement de la synoviale, pas d'hydarthrose, pas de mouvements de latéralité.

De chaque côté la région tibio-tarsienne est le siège d'un gonflement considérable qui s'étend sur toute la face dorsale. Il est dû aux lésions osseuses et articulaires et aussi à l'œdème du tissu cellulaire.

OBSERVATION VII (OZENNE, *Annales de dermatologie*, 1891).

Jeune homme, 25 ans, hypospade, écoulement urétral remontant à une dizaine de jours, présentait à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne droite une saillie occupant la face antéro-interne de la jambe dont les téguments offraient une teinte légèrement rosée et une légère élévation de température.

En dehors le gonflement était mal délimité et se prolongeait vers la partie inférieure jusqu'au niveau de l'article sans le dépasser.

En dedans, développé aux dépens de la face interne et de la crête du tibia, il était nettement appréciable à la palpation sous forme d'une tuméfaction *dure, large, aplatie, immobile*, d'une étendue de 2 à 8 centimètres carrés.

Sur chacun de ces points, *une pression superficielle au niveau de l'os*, plus profonde au niveau des tendons musculaires était *douloureuse* et pendant les mouvements provoqués de flexion et d'extension du pied on percevait un frottement sec, mais assez doux.

Nulle part ailleurs aucune lésion ayant quelque analogie.

Le diagnostic : synovite des extenseurs et du jambier antérieur et périostite de la face interne du tibia n'était pas douteux ; pour la pathogénie on ne pouvait invoquer ni traumatisme, ni rhumatisme, ni syphilis ; de plus, en huit jours on vit disparaître les accidents inflammatoires sous l'influence du repos et d'une compression ouatée ; dès lors l'hésitation n'était pas possible, la lésion était bien de nature blennorragique.

OBSERVATION VIII (HIRTZ, *Société médicale des hôpitaux*, 1900).

Julia F..., dix-neuf ans, domestique, entre le 7 avril 1900 à l'hôpital Laënnec, dans le service de M. HIRTZ.

Elle se plaint de douleurs violentes qui siègent dans les cous-de-pied, aux genoux, aux poignets, dans les articulations temporo-maxillaires.

Les jointures sont légèrement gonflées ; la pression, même légère, exagère les souffrances.

La température rectale est de 38°.

La malade, dont la face est pâle et les muqueuses décolorées, ne sue pas.

La cœur, les poumons et les reins paraissent normaux.

Pas de troubles gastro-intestinaux.

Elle a des pertes blanches abondantes qui empèsent sa chemise. Ces pertes ont débuté au mois de septembre 1899. La malade ne s'est jamais soignée ; jamais la miction n'a été douloureuse.

Elle fait remonter le début de l'affection actuelle au 4 avril 1900.

Ce soir-là, elle se trouva fatiguée sans avoir fait dans la journée aucun excès de travail. Le 5, la courbature persistait, et, dans la nuit du 6 au 7, elle fut prise brusquement des arthralgies qui nécessitent son entrée à l'hôpital.

Le salicylate de soude reste sans effet sur ce rhumatisme qui paraît soulagé par les applications de salicylate de méthyle et l'ingestion d'un mélange d'antipyrine et de phénacétine.

Huit jours après, toutes les arthralgies, sauf celle du genou droit, ont disparu.

Le genou reste horriblement douloureux, très tuméfié ; la peau est rouge, tendue, chaude. La compression ouatée, les applications de salicylate de méthyle calment à peine les douleurs. La rougeur de la peau finit par disparaître, mais la tuméfaction douloureuse persiste, nullement améliorée par quelques pointes de feu. L'atrophie du quadriceps est déjà considérable.

La malade continuant à souffrir, on pratique l'immobilisation dans un appareil plâtré.

D'abord soulagée, la malade ne tarde pas à se plaindre de nouvelles souffrances.

Ces souffrances sont telles que le plâtre est enlevé. L'atrophie du quadriceps s'est accentuée ; la tuméfaction du genou a diminué, mais la jambe est enflée et blanche. La saphène interne est douloureuse et transformée en un cordon dur ; le ballotement du mollet provoque une sensation pénible.

Ces phénomènes disparaissent après huit jours d'immobilisation

dans une gouttière ouatée, et d'enveloppement avec des compresses imbibées de chlorhydrate d'ammoniaque.

Le genou est raide, ankylosé. On commence le massage et la mobilisation à la fin du mois de juin.

Quelques jours plus tard, au début du mois de juillet, soit trois mois après le début de ce rhumatisme, on constate que l'hydarthrose a disparu, que la flexion à angle droit de la jambe sur la cuisse est possible et presque indolore.

Comme troubles trophiques, on note l'extrême atrophie des muscles de la cuisse et l'hypertrophie de tout le système pileux du membre malade.

Et cependant la cuisse semble avoir conservé ses dimensions normales. C'est que le fémur a *subi dans ses deux tiers une hypertrophie considérable*. Son volume a presque doublé et la *palpation*, très facile, de cette cuisse atrophiée, révèle l'existence d'une *tuméfaction ovoïde, très dure et régulière*, qui fait *corps avec l'os*, absolument *indolore*, cette *tuméfaction* qui occupe la plus grande partie de la *diaphyse fémorale*, se prolonge sur les condyles et sur les plateaux du tibia dont l'hypertrophie est, elle aussi, manifeste.

La peau n'est pas chaude ; elle n'est pas œdématiée. Sa mobilité est normale.

Cette hypertrophie du périoste fémoral persiste telle quelle maintenant encore, malgré le repos, le massage et le traitement ioduré intensif.

Terminons en disant que le père et la mère de cette malade sont bien portants. Son père, âgé de quarante-huit ans, a eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire. Sa mère n'a jamais fait de fausse couche.

Ses deux frères et ses deux sœurs sont bien portants.

Elle-même n'a jamais été malade jusqu'à seize ans, âge auquel elle a eu une attaque de rhumatisme articulaire qui dura six mois.

Réglée à quatorze ans, elle l'a toujours été depuis régulièrement.

OBSERVATION IX (P^r FOURNIER, *Annales de dermatologie*, 1869).

C'est un homme d'une constitution robuste, d'une santé excellente habituellement. Il dit n'avoir jamais eu d'autres maladies que des affections vénériennes. Il a été affecté quatre fois de blennorrhagie uréthrale. La troisième blennorrhagie qui date de sept ans lui a laissé un léger suintement matinal. Jamais de chancre, jamais d'accidents rhumatismaux.

La quatrième blennorrhagie remonte à sept mois environ. Elle a été très douloureuse et abondante pendant le premier mois, après lequel elle s'est amendée, grâce à divers traitements. Il y a cinq mois, végétations nombreuses de la verge cautérisées au Midi. Il y a deux mois, herpès du gland qui s'est reproduit deux fois depuis cette époque. Nouvel herpès du gland et du prépuce depuis quelques jours.

Début du rhumatisme à la fin de mai, par une tuméfaction très douloureuse du gros orteil droit ; puis, douleurs sur divers points ; arthropathies des genoux, des poignets, des coudes, des doigts. Trois semaines de séjour au lit. Plus tard ces phénomènes se dissipent et le malade peut reprendre son travail, mais en conservant des douleurs dans les pieds. L'écoulement persiste toujours en dépit de divers traitements, et en octobre de nouvelles douleurs se manifestent. Le malade se décide alors à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 26 octobre : apyrexie ; intégrité absolue des grandes fonctions ; appétit excellent, aspect de la santé. Ecoulement uréthral léger mais encore jaune et purulent. Herpès de la verge.

Le malade accuse des douleurs multiples, à un pied, au poignet, à une main, à un coude. Nous essayons, par un examen minutieux, de localiser chacune de ces douleurs, et nous arrivons aux résultats suivants :

Aux pieds douleurs sous-calcanéennes, siégeant exactement sous le talon. Les deux talons sont très sensibles, à une pression même assez légère, exercée sur leur face inférieure, mais en tout autre point, latéralement ou en arrière, ils ne présentent aucune sensibilité morbide.

Douleurs vagues derrière une des malléoles péronières, paraissant résider dans les tendons qui contournent cette malléole.

Au pied gauche, arthropathie de l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil ; tuméfaction notable ; sensibilité à la pression et dans les mouvements ; légère teinte rosée des téguments à ce niveau. Au pied droit, gros orteil rouge, tuméfié en masse et sensible non seulement au niveau de ses articulations, mais dans toute son étendue. Aux épaules, intégrité absolue de l'articulation scapulo-humérale. Les douleurs ne résident de chaque côté que sur le bord postérieur de l'épine de l'omoplate ; là seulement la pression est douloureuse ; ailleurs, elle ne détermine aucune souffrance. De même la douleur du poignet est constituée par une douleur très circonscrite à la partie antérieure de la tête du cubitus. La pression est intolérable à ce niveau ; ailleurs et au voisinage même, elle ne détermine plus aucune souffrance. Articulations absolument intactes. Arthropathies noueuses de l'articulation métacarpo-phalangienne du médius gauche.

Traitement : Sirop d'iodure de fer et d'iodure de potassium ; teinture de colchique 2 grammes, bains de vapeur.

Quelques jours après, le malade veut absolument quitter l'hôpital pour entrer dans une maison de santé. Il sort dans le même état qu'à son entrée. Perdu de vue.

OBSERVATION X (P^r FOURNIER, *Annales de dermatologie*, 1869).

Douleur accusée par le malade à la partie inférieure et interne de l'avant-bras ; à ce niveau douleur très vive à la pression dans une étendue très circonscrite (2 à 3 centimètres en hauteur), sur la face interne du cubitus, près de l'extrémité inférieure de cet os. Pas de coloration morbide des téguments ni de tuméfaction. Ces symptômes disparaissent en quelques jours.

Dans le cours de ce même rhumatisme, ce malade fut encore affecté entre autres accidents :

1^o D'une arthropathie métacarpo-phalangienne du doigt médius, laquelle prit la forme noueuse.

2° D'une tuméfaction noueuse de la tête du même métacarpien.

Nul doute qu'un certain degré d'infiltration périostique n'ait pris part au développement de ces deux lésions.

Deux années plus tard en effet ce même malade fut affecté d'un troisième rhumatisme caractérisé par des manifestations multiples au nombre desquelles figura une artropathie noueuse d'une articulation métarcarpo-phalangienne.

OBSERVATION XI (P^r FOURNIER, *Annales de dermatologie*, 1869). —

Rhumatisme blennorragique : accidents divers : deux volumineuses périostoses, l'une de la région chondro-costale, l'autre du sacrum ; guérison.

X..., âgé de trente ans. Sujet blond, lymphatique, maigre, légèrement anémique. Assez bonne santé habituelle.

Comme antécédents vénériens, deux blennorragies qui ne se sont compliquées d'aucun accident ; jamais de chancre ; jamais aucune manifestation syphilitique. Aucun antécédent rhumatismal ou goutteux.

Troisième blennorragie contractée vers le mois d'août. Ecoulement assez abondant au début. Divers traitements restés sans résultat. En septembre, une douleur très légère ou plutôt une simple gêne se manifeste à la partie antéro-supérieure du thorax, vers l'extrémité interne de la clavicule gauche. Cette douleur persiste. De plus, il se produit, au même niveau, une tuméfaction qui s'est toujours accrue jusqu'à ces derniers temps.

Quelque temps après le début de cette première tumeur il s'en produit une seconde également indolente, au niveau du sacrum ; celle-ci s'accroît de même. Plus tard il se manifeste des douleurs dans l'un des gros orteils ; cet orteil se tuméfie en masses, devient rosé à sa partie supérieure et reste dans cet état presque jusqu'en novembre. Enfin une sciatique très douloureuse se déclare dans le membre droit, sciatique dont le D^r Legroux a suivi l'évolution.

Le P^r Fournier voit pour la première fois le malade en novembre et constate les diverses particularités suivantes.

1° Sciatique droite très accentuée : Douleurs très vives au niveau de l'émergence du nerf, à la fesse, retentissant dans toute la cuisse en arrière suivant le trajet du tronc nerveux et même dans le mollet. Ces douleurs sont exagérées par la marche, qui est des plus pénibles et ne s'effectue qu'avec claudication.

2° Gros orteil encore volumineux, tuméfié en masse, empâté mais non œdémateux, indolore, si ce n'est latéralement où il reste encore un peu sensible. Ses articulations sont absolument indemnes.

5° A la région thoracique antérieure, au niveau de la première et de la deuxième côte, près du sternum et de la clavicule, se voit une tumeur arrondie, de la forme et du volume d'une moitié d'abricot. A sa surface les téguments soulevés conservent leur coloration normale et glissent librement sur les tissus profonds. Cette tumeur est très résistante, dure au toucher, solide, mais d'une dureté qui n'est pas tout à fait celle de l'exostose ; elle est immobile, à base adhérente ; elle est presque absolument indolente à l'exploration. Il est manifeste que cette tumeur ne réside ni dans la peau, ni dans le tissu cellulaire sous-cutané, qu'elle adhère aux côtes et aux cartilages, peut-être même au sternum et qu'elle est constituée par des éléments solides. Nous croyons, dit Fournier, pouvoir la rapporter à un exsudat sous-périostique.

4° A la région sacrée, près du bord externe du sacrum et à 2 ou 3 centimètres au-dessous de la dernière lombaire, existe une tumeur en tout point semblable à la précédente, mais un peu plus considérable, du volume et de la forme d'un tiers de pêche environ. On y constate exactement les mêmes particularités symptomatologiques que sur celle du thorax : intégrité des téguments et du tissu cellulaire, indolence à la pression, résistance, dureté etc. Ici encore on est conduit à localiser cette tumeur dans le périoste.

5° Ecoulement urétral assez léger, encore jaunâtre et purulent. Dans ces derniers temps le malade a fait usage de quelques injections de vin qui n'ont eu pour résultat que d'irriter vivement l'urèthre.

Un tel ensemble de symptômes ne laissait guère de doutes sur

la nature de la maladie. C'était bien certainement un rhumatisme caractérisé par une sciatique, une périostite diffuse du gros orteil et deux périostoses, l'une chondrocostale, l'autre sacrée.

Traitement : ventouses scarifiées sur le trajet du sciatique, vésicatoires sur chaque périostose, et badigeonnages consécutifs à la teinture d'iode, sirop d'iodure fer et de potassium.

Ce traitement fut suivi des résultats immédiats les plus satisfaisants.

OBSERVATION XII (résumée ; JACQUET, *Société médicale des hôpitaux*, 1897). — *Blennorragie à 6 récurrences, déformations articulaires, talon blennorragique, lésions blennotrophiques.*

Auguste L..., 27 ans, forgeron, entre à l'Hôtel-Dieu pour troubles trophiques variés.

Jamais de rhumatisme articulaire aigu, ni de chorée avant son 1^{er} écoulement.

A 14 ans, première chaudepisse, sans rhumatisme ; durée : 2 mois. Santé bonne jusqu'à 20 ans. Depuis lors, cinq nouvelles blennorragies, toutes suivies au bout de 10 à 15 jours d'un rhumatisme de plus en plus tenace avec troubles trophiques cutanés.

Actuellement, ce qui domine, ce sont les déformations, les troubles trophiques, et les points douloureux.

Voici les déformations que l'on constate au niveau des pieds.

Du côté droit, où elles sont plus marquées, le pied est comme tassé. En arrière il existe une forte saillie due à l'hypertrophie de l'extrémité postérieure du calcaneum, au point d'attache du tendon d'Achille. Le gros orteil est en hallux valgus.

Au pied gauche, les déformations sont un peu moins marquées. Cependant, il existe encore une forte saillie à la face postérieure du calcaneum.

Les points d'appui sur le sol sont à peu près normaux.

Tous les os et articulations du tarse sont douloureux à la pression, principalement l'hyperostose calcanéenne.

Outre ces altérations osseuses et fibreuses, il existe des troubles trophiques très marqués des ongles et de la face plantaire des pieds qui est tapissée de saillies coniques à sommet émoussé.

OBSERVATION XIII (résumée ; CHAUFFARD, *Société médicale des hôpitaux*, 1897). — *Infections blennorragiques graves avec productions cornées de la peau.*

François C..., âgé de 25 ans. entre à l'hôpital Cochin.

A 20 ans, première blennorragie ; cinq ou six jours après le début, apparaissent du gonflement et de la douleur dans les deux chevilles. Quelques jours après, les genoux sont pris, mais légèrement. Il entre alors à l'hôpital Necker, et l'arthropathie dure un mois environ. La blennorragie actuelle dure depuis 15 jours environ ; à son entrée à l'hôpital, le malade présente le tableau le plus complet du blennorragisme infectieux avec déterminations arthropathiques, cutanées, oculaires, rénales, etc.

La jointure tibio-tarsienne gauche fut très douloureuse. Même, après la cessation des phénomènes inflammatoires de ce côté, il *reste un point douloureux à la pression au niveau du tendon d'Achille*. En ce point on trouve *une hypertrophie notable du calcanéum*.

A la main droite, le médium est déformé, il représente bien la déformation du doigt dit en radis ; puis apparaissent des phénomènes cutanés, ce sont des productions cornées sur les cuisses, le gland, le dos, etc.

OBSERVATION XIV (résumée ; VOISIN, Thèse de Paris, 1899).

Un malade âgé de 23 ans entre dans le service du Professeur Cornil. Il se plaint d'une vive douleur dans le talon gauche, douleur qui l'empêche de marcher. A part cela il est très bien portant et ne souffre nulle part ailleurs.

On l'examine et on ne trouve aucune déformation au pied, sauf *au niveau du talon qui était augmenté de volume*.

En ramonant l'urèthre, une goutte de pus bien épais sortit ; l'examen microscopique révéla de nombreux gonocoques.

Le malade avoua alors qu'il avait contracté une blennorragie 4 semaines auparavant, mais qu'il n'osait point le dire et qu'en tous cas il ne pouvait supposer qu'il y ait relation entre son écoulement et la douleur au talon.

C'est à la fin de la 3^e semaine de la blennorragie qu'est apparue la talalgie.

OBSERVATION XV (MURAT, Thèse de Bordeaux, 1895-96).

J. J..., trente-sept ans, entre à la Clinique du Professeur Gémy, salle Ricord, le 19 novembre 1894 ; il y occupe le lit n° 8.

Ce malade a déjà été dans le service du 29 septembre au 29 octobre pour une blennorragie.

Première chaudepisse il y a six ans.

Seconde chaudepisse dans les premiers jours de septembre : il suit un traitement à l'hôpital (lavages au permanganate de potasse) jusqu'au 28 octobre.

Le 29, il sort non guéri.

Le 19, il se présente à la visite et on constate : écoulement urétral assez abondant. *Au niveau de la tête du péroné gauche existe un empatement de la dimension d'une pièce de cinq francs, très sensible à la pression ; à la partie inférieure de la malléole interne droite, même empatement et même douleur, enfin les mêmes phénomènes se produisent du côté du grand trochanter gauche.*

On est évidemment en présence de plusieurs points de *périostites blennorragiques*. D'ailleurs, d'autres accidents sont notés qui permettent d'affirmer une infection générale gonococcique.

Déjà, lors de son premier séjour à l'hôpital le malade était atteint de conjonctivite péricornéenne double dont on ne soupçonna pas la nature blennorragique. Cependant on pratiqua quelques instillations de nitrate d'argent ; à la sortie du malade, cette conjonctivite était guérie ; à son retour, l'œil droit est repris de nouveau. Dans le pus de cette conjonctivite on trouva des gonocoques.

CONCLUSIONS

Longtemps négligées dans les descriptions de la blennorrhagie, les ostéopathies, ont été l'objet, depuis quelques années, de divers travaux qui ont mis en lumière les caractères spéciaux de cette complication rare, mais grave de la gonococcie.

Elles revêtent deux formes bien distinctes, quant à leur gravité, leur durée, et leurs conséquences.

I. — L'une, la *forme aiguë, ostéo-périostite aiguë*, la plus fréquente, généralement légère, éphémère, avec prédominance de troubles fonctionnels, telle la douleur à la pression parfois très vive, aboutit presque toujours à la *restitutio ad integrum*, si le traitement est appliqué à temps.

Mais on devra ne pas oublier sa tendance à récidiver lors d'une réinfection gonococcique, ou à passer à l'état chronique, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même.

II. — L'autre, la *forme chronique, ostéo-périostose hypertrophiante*, grave, à marche essentiellement lente, est indolore, la plupart du temps. Elle produit des déformations plus ou moins considérables ; celles-ci, selon le siège qu'elles occupent, peuvent être douloureuses, et mettre même les malheureux qui en sont atteints, hors de combat, au point de vue professionnel et social, telles la talalgie avec hyperostose et la polyarthrite progressive, déformante, pseudonoueuse.

*
**

La pathogénie de ces lésions est encore très discutée.

Pour les uns, les ostéopathies blennorragiques, ne sont que des manifestations de l'infection ; le gonocoque de Neisser agit, soit par lui-même, soit par ses toxines, soit le plus souvent, par les infections secondaires auxquelles il ouvre la porte.

Pour les autres, les déterminations ostéo-périostées reconnaissent surtout une origine névropathique.

Il s'agit principalement, comme pour le rhumatisme chronique déformant, de troubles tropho-névrotiques, à l'égard desquels la blennorragie ne joue que le rôle d'agent provocateur.

Il nous semble très plausible d'admettre que ces différentes causes peuvent exister simultanément.

*
**

L'étude des lésions anatomiques est fort incomplète, vu la rareté des autopsies. Un seul examen nécropsique a été pratiqué jusqu'à présent : il a prouvé l'existence d'une ostéïte hyperostosante. D'autre part la radiographie a fait découvrir un ostéophyte, que la clinique, livrée à ses propres ressources n'avait pu déceler ; ailleurs elle montra la part importante qui revenait au périoste dans l'hypertrophie de la diaphyse fémorale.

Aussi nous semble-t-il permis de conclure que la lésion atteint *l'os et le périoste simultanément* mais *non également*, le maximum du processus pathologique portant tantôt sur l'os, tantôt sur le périoste.

D'ailleurs l'étude anatomo-pathologique des ostéopathies blennorragiques ne peut tarder à se développer, grâce au précieux concours de la radiographie dont nous avons signalé plus haut les résultats positifs.

*
* *

Rares, les ostéopathies blennorragiques, apparaissent au cours d'une gonococcie prolongée ou à la suite de plusieurs écoulements. La profession, le surmenage, une prédisposition nerveuse spéciale, les excès de toutes sortes, l'âge, semblent influencer sur leur développement et leur localisation.

*
* *

Le traitement ne varie point quelle que soit la forme, aiguë ou chronique, des ostéopathies. Il comprend deux indications principales :

1° Le traitement de l'écoulement, cause efficiente ou simplement provocatrice des accidents, selon la théorie pathogénique que l'on admet.

2° La révulsion à la fois locale et générale, et le repos la plupart du temps.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Achard. — *Bulletin Société médicale des hôpitaux*, 10 juillet 1896.
Barjon. — Thèse de Lyon, 1897.
Chauffard. — *Société médicale des hôpitaux*, 1897.
Claisse. — *Bulletin Société médicale des hôpitaux*, 1897.
Erasmio do Amaral. — Thèse de Paris, 1891.
Fournier. — *Annales de dermatologie*, 1869.
— *Société de dermatologie*, 1892.
Gastou. — *Société de dermatologie*, 1894.
Guiard. — *Complications de blennorrhagie*, t. III.
Hirtz et Delamare. — *Bulletin Société médicale des hôpitaux* 1900.
Jacquet. — *Annales de dermatologie*, 1892.
— *Bulletin Société médicale des hôpitaux*, 1897.
Lauga. — Thèse de Bordeaux, 1882.
Launois. — *Bulletin Société médicale des hôpitaux*, 1899.
Liaras. — *Société d'anatomie et de physiologie de Bordeaux*, 1897.
Mauriac. — *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.
Millet. — Thèse de Paris, 1896.
Oudin. — *Annales de dermatologie*, 1892.
Ozenne. — *Annales de dermatologie*, 1891.
Voisin. — Thèse de Paris, 1898-99.
-

Vu :

Le Président de la thèse.
HUTINEL.

Vu :

Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	5
CHAPITRE I. — Aperçu historique.	9
CHAPITRE II. — Étude clinique	12
§ 1. — Forme aiguë des ostéopathies blennorragiques. — Ostéopériostite aiguë.	13
§ 2. — Forme chronique des ostéopathies blennorragiques. — Ostéopériostose hypertrophiante.	18
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.	24
CHAPITRE IV. — Pathogénie.	27
CHAPITRE V. — Étiologie.	33
CHAPITRE VI. — Traitement	35
OBSERVATIONS.	39
CONCLUSIONS	55
BIBLIOGRAPHIE	59

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)
